

FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE LISBOA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

A prática de Eutanásia na Holanda
- Artigo de revisão -

Rodrigo Alves Pereira de Carvalho Saraiva

12698

Orientador: Doutor Luís Madeira

Responsável da Unidade: Professor Miguel Oliveira e Silva

2015 | 2016

Resumo

O debate sobre a morte assistida tem vindo a basear-se em argumentos teóricos ao longo da história, nomeadamente no argumento do *slippery slope*. Na Holanda, a morte medicamente assistida está regularizada há mais de 25 anos. A pertinência deste tema relaciona-se também com o actual debate em Portugal.

Com esta tese de mestrado pretende-se fazer uma revisão bibliográfica que permita analisar o processo de legislação e a incidência da prática de morte medicamente assistida na Holanda, para adicionar alguma matéria empírica ao debate de eutanásia e, especificamente, pôr à prova o argumento *slippery slope*.

Foram utilizadas fontes bibliográficas para definição de conceitos, descrição da história da legislação, discussão sobre o *slippery slope* e para agregar a incidência e características da eutanásia e suicídio medicamente assistido (SMA) na Holanda.

A incidência de eutanásia não voluntária diminuiu ao longo dos anos, nomeadamente depois da promulgação da lei da eutanásia, desde os 0.7% de todas as mortes em 1990 até 0.2% em 2010. A incidência da eutanásia e SMA voluntários aumentou entre 1990 e 2013.

Os dados reunidos refutam a formulação inicial do *slippery slope*. No entanto, o aumento da incidência da morte medicamente assistida “legal” levanta muitas questões.

Abstract

Throughout the years the debate over medically-assisted death has been based on theoretical arguments namely the slippery slope argument. In the Netherlands physician assisted death has been ruled for more than 25 years.

This Master dissertation/thesis intends to make a bibliographic review to enable the analysis of the legislative process and the incidence of practice of physician medically assisted death in Holland, to bring some empirical data to the debate on euthanasia and specifically test the slippery slope argument. The relevance of this subject is also related to the current debate in Portugal.

Bibliographic sources have been used for concepts definition, description of legislation history, discussion about slippery slope argument and to aggregate the incidence and characteristics of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands.

The incidence of life ending acts without an explicit request of the patient has decreased throughout the years, namely after the promulgation of the euthanasia law, from 0,7% of all deaths in 1990 to 0,2 % in 2010. The incidence of euthanasia and voluntary assisted death increased between 1990 and 2013.

The gathered information refutes the initial idea of slippery slope, nevertheless the increase of incidence of “legal” assisted death raises many questions.

Palavras Chave

Eutanásia; Eutanásia Activa; Eutanásia Voluntária; Eutanásia não voluntária; Suicídio Medicamente Assistida; Slippery Slope; Holanda;

Key Words

Euthanasia; Active Euthanasia; Volunteer Euthanasia; Non Volunteer Euthanasia; Physician Assisted Suicide; Slippery Slope; Netherlands.

Introdução

O debate sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido não é recente, na verdade este debate é anterior ao conceito de Bioética. Desde sempre se discutiu e pensou sobre a possibilidade de contribuir activa ou passivamente para a morte prematura de um doente em seu benefício. Há 2500 anos Hipócrates “deu a sua opinião” quando concebeu o juramento: “mesmo instado, não darei droga mortífera nem a aconselharei”.¹ Como diz Diego Garcia, famoso bioeticista, se Hipócrates vem dizer que não se fará isto, é porque tal acto já era praticado com alguma frequência na Grécia de então. E ao longo dos séculos a discussão sobre a eutanásia e o suicídio medicamente assistido tem evoluído paralelamente à evolução da própria ética, da própria moral. Tem sido um debate suportado na argumentação, sujeita à subjectividade inerente a todas as discussões filosóficas seculares baseada em crenças, contextos sociais e morais, correntes de pensamento e opiniões. Surgiram vários argumentos a favor e contra a prática da eutanásia, todos eles criados *a priori*. E se é verdade que na maior parte do mundo os “contra” se sobrepuseram aos “a favor”, é também verdade que houve excepções, sendo actualmente a eutanásia e/ou o suicídio medicamente assistido legal, legislado e regularizado na Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Suíça e nos estados de Oregon, Washington e Vermont, anunciando-se agora no Canadá.

A Holanda é, sem dúvida, o maior *case study* no que concerne a prática de eutanásia, tendo esta prática sido legislada em 2001, mas descriminalizada muito antes. Tem sido alvo de vários estudos e levantamentos estatísticos nacionais sobre a incidência e tendências da eutanásia, suicídio medicamente assistido e outras decisões de fim de vida. Em 1990 foi realizado o primeiro estudo, publicado em 1991. A partir daí, de 5 em 5 anos, foram feitos estudos semelhantes para a monitorização das práticas médicas de fim de vida e para controlo da proporção de notificação de casos de eutanásia, cujos resultados foram muito importantes para obter uma base de dados empíricos sobre a prática de eutanásia e suicídio medicamente assistido. No total existem seis destes estudos, sendo estes a maior fonte de dados relativos à prática de eutanásia na Holanda desde que esta adoptou uma política tolerante/permissiva em relação à eutanásia, sendo “fonte” de muito debate. A Holanda é o país escolhido para

análise e realização desta tese porque, no fundo, trata-se da “maior experiência” feita com a prática de eutanásia e suicídio medicamente assistido. Fornece, por isso, um conjunto de dados que permite construir novos argumentos e contra argumentos, a favor ou contra a eutanásia *a posteriori*, isto é, baseados na experiência, mesmo que se tratem de culturas não coincidentes e, portanto também, de realidades não sobreponíveis com dados que não se podem extrapolar completamente de um país para outro.

O que se pretende neste trabalho é precisamente fazer uma revisão de artigos e estudos sobre esta prática na Holanda. Pretende-se perceber o que podemos aprender e acrescentar ao debate sobre a eutanásia e suicídio medicamente assistido após a sua permissão, legalização, aumento da frequência e regularização neste país. Nomeadamente pretende-se perceber se um dos mais antigos e frequentemente invocados argumentos contra a eutanásia, o argumento do *slippery slope* ou plano inclinado, pode ser suportado empiricamente ou se, pelo contrário, é refutado pela prática.

Começarei, portanto, por definir os conceitos “Eutanásia”, “Suicídio Medicamente Assistido (SMA)” e o argumento do *slippery slope*, passando depois para uma curta análise do contexto histórico e legal da eutanásia na Holanda, seguindo-se uma revisão dos resultados e conclusões dos estudos realizados neste âmbito, nomeadamente os 6 estudos nacionais atrás referidos, cujos resultados e conclusões vou apresentar. Irei focar-me apenas nos dados relativos à “eutanásia” como ela é definida na Holanda, ao suicídio medicamente assistido e à terminação da vida pelo médico sem o pedido explícito do doente (eutanásia não voluntária). Finalmente, passarei à análise desses resultados para perceber se efectivamente o *slippery slope* se concretiza ou não.

Esta tese e este tema reveste-se também de especial pertinência uma vez que em Portugal, desde o início de 2016, o debate sobre a legalização da eutanásia voltou à agenda dos portugueses. Inclusivamente o movimento “Direito a Morrer com Dignidade”, que visa a despenalização e regulamentação da morte assistida,

conseguiu reunir oito mil assinaturas numa petição pública, o que significa que este assunto será discutido na Assembleia da República.

Com tudo isto, quero só acrescentar que não será âmbito deste trabalho descrever nem analisar os argumentos inerentes ao debate da eutanásia, à excepção do *slippery slope* que, como vamos ver, é o mais mediático e que mais se debate face aos novos dados que vão sendo acrescentados pelos estudos. Da mesma forma, também não tenho intenção de “tomar um lado” no debate, preferindo tentar adoptar um espírito totalmente objectivo e imparcial.

Definição de conceitos

A palavra “eutanásia” vem de duas palavras gregas: “*eu*” que significa “bem”/“boa” e “*thanatos*” que significa “morte”, significando literalmente “boa morte” ou “morte pelo bem”.²

“Eutanásia” é o termo usado para referir o acto de matar ou deixar morrer uma pessoa doente cuja cura é impossível, o prognóstico muito reservado e que está sujeita a grande sofrimento; assim a eutanásia seria em seu benefício, com o objectivo de poupar esse sofrimento.³ Em qualquer caso, há aqui uma antecipação do momento da morte em função do que seria a evolução natural e previsível da patologia de base. Segundo Jeff McMahan eutanásia é o acto de matar ou de deixar morrer alguém que cumpra duas condições: 1º a morte deve ser benéfica, deve ser algo bom, para o indivíduo que morre; 2º o agente que pratica a eutanásia, que mata ou deixa morrer, deve ter como única motivação o bem desse indivíduo e estar convencido que a morte o beneficiará.⁴ Sendo que esse benefício é o alívio do sofrimento, por outras palavras eutanásia consiste em X intencionalmente matar ou permitir a morte de Y para benefício de Y.² Sendo X um médico e Y o seu doente.

Dentro da eutanásia há que distinguir eutanásia activa de passiva, eutanásia voluntária de não voluntária e de involuntária, e ainda eutanásia directa de indirecta.

A eutanásia activa implica uma ação, uma intervenção directa, por exemplo administração de um barbitúrico por um agente A cuja consequência conhecida e

esperada é a morte de um doente em extremo sofrimento numa condição terminal. O agente A tem a intenção de matar o doente através de uma ação que sabe que vai directamente interferir com o seu funcionamento biológico, levando à sua morte.⁵ Ou seja, X tem uma acção da qual resulta directamente a morte de Y, X mata Y.²

A eutanásia passiva, segundo a *House of Delegates of American Medical Association*, consiste na abstenção ou suspensão de medidas de suporte de vida de um doente quando é evidente que a sua morte é certa e iminente, pertencendo a decisão ao doente ou a um familiar próximo,⁶ ou até, por vezes, aos próprios médicos. X suspende ou prescinde de iniciar técnicas de suporte de vida a Y, X deixa Y morrer.² Um exemplo de eutanásia passiva é não reanimar um doente de uma paragem cardio respiratória quando este doente deixou directrizes avançadas de vida, em Portugal, sob a forma de testamento vital, com a vontade expressa de não ser reanimado. Outro exemplo é a suspensão de medidas extraordinárias de suporte de vida num doente terminal a pedido da família.

No fundo, em traços gerais, a diferença entre eutanásia activa e passiva reside no “matar versus deixar morrer”. A diferença é interferir com o funcionamento biológico de um ser humano antecipando a sua morte ou não interferir, não impedindo a sua morte, sendo o resultado em ambos o mesmo, mas as implicações éticas diferentes. Esta é uma distinção que gera muito debate sendo conhecido, por exemplo, o artigo, já citado, de John Rachels em 1975 “*Active and Passive Euthanasia*”.

Tanto a forma passiva como a forma activa de eutanásia pode ainda ser classificada como voluntária, involuntária e não voluntária.

A eutanásia voluntária ocorre quando o paciente voluntariamente pede para ser morto pelo seu médico, ou, no caso de eutanásia passiva, pede para não ser sujeito a medidas de suporte de vida. Pressupõe que todos os requisitos para um consentimento informado sejam cumpridos. Estes, segundo R. J. Devettere, são: (1) o paciente tem capacidade para compreender, raciocinar e comunicar; (2) o paciente tem informações suficientes sobre diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento; (3) o paciente não é coagido ou manipulado por terceiros na sua decisão.⁷ Um indivíduo saudável pode

expressar a vontade de ser submetido a eutanásia caso determinado cenário se verifique. Se, por exemplo, tiver um acidente que o deixe física e mentalmente incapacitado, sendo também nesse caso a eutanásia voluntária embora no momento em que ocorre, o indivíduo não esteja apto para expressar o desejo de morrer.³

Eutanásia não voluntária ocorre quando qualquer um dos requisitos atrás descritos não são cumpridos,⁷ quando um ser humano não é capaz de consentir nem de rejeitar a eutanásia, ou seja, recém-nascidos e crianças gravemente doentes e qualquer pessoa que por acidente doença ou idade deixou de ter discernimento para entender o que está em causa e expressar uma preferência.³ Eutanásia involuntária é o total oposto da voluntária. Ocorre quando o indivíduo que é morto está apto para consentir ou pedir a sua própria morte, mas não o faz porque não é questionado, ou quando questionado opõe-se.³ No fundo este tipo de eutanásia é homicídio. Tanto a eutanásia não voluntária como involuntária ocorre sem consentimento expreso do doente, no entanto na involuntária o doente rejeita a eutanásia (ou nem é questionado sobre ela), enquanto na não voluntária não há decisão, porque nem há a possibilidade de fazer a pergunta, discutir o assunto.

Finalmente, outra distinção que se pode fazer em relação à eutanásia é entre directa e indirecta. A directa implica que a intenção de uma acção seja a morte do doente. Por exemplo, dar uma determinada dose de um determinado fármaco a um doente com a intenção de que ele morra. Na indirecta administra-se a mesma dose desse mesmo fármaco com o objectivo de aliviar o sofrimento do doente, por exemplo a dor no caso de analgésico, sabendo que paralelamente um segundo efeito da nossa acção ocorre: a esperança de vida imediata do doente diminui.⁸ O conceito de eutanásia indirecta é usado geralmente para descrever analgesia e/ou sedação administradas em altas doses que se sabe que poderão levar à morte do doente. No entanto, a intenção, o objectivo desta acção não é a morte do doente mas sim aliviar o seu sofrimento, aumentando a dose da morfina, por exemplo, para aliviar as queixas álgicas. Nestes casos dizemos que estamos perante uma acção de duplo efeito.⁹

Na Holanda e na Bélgica o termo “eutanásia” refere-se apenas à situação em que um médico mata um doente que está sob um sofrimento insuportável, com um prognóstico muito reservado, após a sua solicitação explícita, geralmente recorrendo a uma injeção letal.¹⁰ Ou seja, na prática, na Holanda, apenas a eutanásia voluntária, activa e directa é considerada “eutanásia”, tendo as outras formas de eutanásia aqui descritas terminologias diferentes, com contornos legais e éticos também diferentes. Nos últimos anos a definição holandesa tem vindo a tornar-se a definição standard na literatura internacional.¹⁰

O suicídio medicamente assistido (SMA) ocorre quando o médico X ajuda intencionalmente o doente Y a matar-se.² Ou seja, no SMA é o doente que se mata, através de um método e de instruções fornecidas pelo médico. Por exemplo, se um médico fornecer uma injeção letal a um doente e for este último a administrar a si próprio essa injeção, estamos perante suicídio medicamente assistido. Embora pareça haver uma distinção clara entre a eutanásia e o SMA, porque no primeiro caso é o médico que mata e no segundo é o doente que se mata, esta diferença, como R. J. Devttere descreve, em termos morais e práticos é muito pequena. Em ambos os casos o médico tem um papel importante e central na morte do doente. Ao fornecer uma dose letal de determinado fármaco e as instruções de como a usar a um doente, o médico é claramente um agente moral central na morte,⁷ tal como acontece na eutanásia, por isso, ambas as formas de “chegar à morte” do doente são bastante equivalentes em termos éticos. O Dr. Jack Kevorkian, um médico do Michigan, concebeu uma máquina de suicídio para ajudar doentes terminais a suicidar-se. Basicamente era inserido um cateter na veia do doente, no qual corria apenas uma solução salina e só após o doente carregar num botão era infundido um fármaco indutor de coma, seguido do fármaco letal que causaria a morte do doente.³ Aqui é clara a semelhança entre eutanásia e SMA: embora na eutanásia seja o médico a matar o doente, aqui temos um médico a conceber e fornecer uma máquina em que bastava carregar num botão para o doente morrer. Em estudos, artigos e bibliografia acerca da prática da eutanásia na Holanda, usa-se geralmente o termo “morte medicamente

assistida” para descrever a prática de eutanásia (definida “à holandesa”) ou suicídio medicamente assistido.

Na Holanda, como vamos ver, tanto a eutanásia como o suicídio medicamente assistido são legais, sendo tratados como equivalentes éticos e legais.

O argumento *slippery slope* ou “plano inclinado”, traduzindo para português, é um dos argumentos mais utilizados na ética médica e em qualquer debate ético no geral, maioritariamente como contra-argumento à aprovação de determinada posição ou situação. O cerne do argumento é que uma vez aceite uma posição ou situação será extremamente difícil, ou mesmo impossível, não aceitar situações mais extremas, que podem até fugir ao âmbito que levou à permissão da situação original. Se não queremos aceitar essas situações “mais extremas” não podemos aceitar a situação menos extrema, original. Ou seja, posto de outra forma, o argumento diz que se aceitar/permitir/legalizar A, então também terei de permitir B, já que B é praticamente igual a A e se existe uma razão para permitir A então também há para B. Permitindo B devemos também permitir C, pela mesma razão que permitimos B, e assim sucessivamente até de repente estarmos a permitir Z, que é totalmente diferente e até, quem sabe, oposto de A. Assim, para impedir Z devemos logo à partida rejeitar A. O principal contra argumento lógico ao “plano inclinado” é que podemos conceber uma “barreira” em determinado ponto do plano, impedindo assim a “derrapagem” para lá desse ponto.² No que diz respeito à eutanásia, o *slippery slope* é um dos principais argumentos contra uma política permissiva em relação à sua prática. Segundo este argumento, não se deve permitir a eutanásia voluntária porque a sua prática vai levar à prática de eutanásia não voluntária ou mesmo involuntária. Para os que usam este argumento, mesmo que possa ser traçada uma fronteira entre a eutanásia voluntária e a eutanásia não voluntária, vai ocorrer um “slide” no plano inclinado. Mesmo que se criem guidelines e requisitos para impedirem a prática de eutanásia não voluntária, estes não serão suficientes pois podem não ser cumpridos pelos médicos. Por outro lado, de um ponto de vista lógico, as razões e as crenças que justificam a eutanásia voluntária, também podem ser usadas para justificar a morte medicamente assistida de um doente que não está suficientemente competente para decidir ou transmitir um

pedido de eutanásia, ou seja, para justificar a eutanásia não voluntária.¹¹ Finalmente, outro argumento do “plano inclinado” contra a eutanásia baseia-se na preocupação de que se a eutanásia voluntária activa e/ou o suicídio medicamente assistido forem permitidos, essas práticas vão “afectar” preferencialmente pessoas de “grupos vulneráveis”- idosos, classe social baixa, minorias étnicas/raciais, pessoas com doenças estigmatizantes como SIDA, etc. Esta forma do *slippery slope* assume que os doentes destes grupos vão ser sujeitos a maior pressão para pedirem eutanásia.¹²

Evolução legal da Eutanásia na Holanda

Entre 1970 e 1982 a eutanásia foi assunto de muita discussão social e legal à medida que ia sendo matéria de vários processos judiciais e disciplinares médicos. Inicialmente, faziam-se distinções entre eutanásia activa, passiva, voluntária, não voluntária, directa e indirecta. Mas neste período chegou-se ao consenso que a eutanásia indirecta e a eutanásia passiva - sedação/analgesia profunda com o “segundo efeito” de poder contribuir para uma morte mais precoce do doente e suspensão de medidas de suporte de vida - são práticas médicas legítimas, tendo passado a sua prática a ser vista como “normal”. Assim, acabou por haver uma condensação do termo eutanásia tendo este sido reduzido à sua forma activa, directa e voluntária. Para além da imposição de limites na definição de eutanásia, nesta década, formou-se um consenso de que a legitimidade do suicídio medicamente assistido dependia dos mesmo critérios que a “morte a pedido”. Acordou-se também que o sofrimento da pessoa que requisitava a eutanásia tinha que ser permanente, irreversível e insuportável e que a sua decisão tinha que ser voluntária, bem ponderada e mantida. Ao mesmo tempo, havia o consenso de que só os médicos deveriam praticar eutanásia e dar assistência no suicídio.¹³

Não obstante, apenas entre 1982 e 1986, mais especificamente em 1985, foi definido oficialmente o significado do termo “eutanásia” como “o acto de terminar intencionalmente a vida de outra pessoa, a seu pedido”. Para além disso, foi neste período que, através de um conjunto de decisões judiciais e veredictos em julgamentos, se estabeleceu que quando um paciente, que estivesse sujeito a um

sofrimento insuportável e irreversível, pedisse voluntária e conscientemente eutanásia, um médico que acedesse a este pedido, seguindo um conjunto de requisitos de boa prática, entre eles reportar o caso, ao não definir a morte como natural no certificado de óbito, não seria condenado.¹³ Ou seja, acabou por se descriminalizar a eutanásia incentivando também a sua notificação de forma a conseguir regulamentá-la. No entanto, por esta altura, a eutanásia continuava a não estar legislada, não sendo oficialmente legal, tendo os médicos que a praticassem muitas vezes que passar por um processo judicial que embora não terminasse na sua acusação, era suficiente para que muitos deles optassem por não reportar os casos, definindo a causa de morte como “natural”, o que obviamente tinha consequências negativas no que diz respeito à garantia de que as condições que permitiam eutanásia eram cumpridas.

É importante realçar que a partir desta época, na Holanda, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido, passariam oficialmente e claramente a ser distinguidos de outras decisões de fim de vida como: suspensão/abstenção de medidas de suporte de vida; analgesia e sedação intensificadas com encurtamento da vida secundariamente; eutanásia activa não voluntária.¹⁴

Para estabelecer um mecanismo de controlo público sobre a eutanásia, foi acordado entre o Ministério da Justiça e a “Royal Dutch Medical Association” (a ordem dos médicos na Holanda¹⁵) em 1990 um procedimento de notificação de eutanásia e suicídio medicamente assistido, que só foi posto em prática em 1991. Este procedimento obrigava os médicos a sinalizarem as mortes do doente ao departamento de medicina legal, que por sua vez, notificava o ministério público depois de autopsiar o corpo e recolher informações relevantes. Finalmente, o ministério público decidia, após análise de todos os dados e deliberação, se o médico era acusado ou não.¹⁶ Um estudo realizado em 1995 por Van Der Wal e Van Der Mass baseado em entrevistas a médicos e agentes do ministério público, na revisão dos casos de eutanásia e suicídio medicamente assistido entre 1991 e 1995, mostrou que após a criação deste sistema de controlo, a percentagem de casos reportados aumentou de 18% (486 casos) em 1991 para 41% (1466 casos) em 1995. Para além disso, esse estudo permitiu também concluir que: 1º os requisitos de boa prática médica no que

concerne o acto de eutanásia eram cumpridos mais frequentemente nos casos que eram reportados; 2º a maioria dos médicos preferia que os casos não passassem pelo ministério público.¹⁶ Assim, em 1998, o sistema de notificação foi alterado, passando a suportar-se em comités multidisciplinares de revisão que incluíam um advogado, um médico e um especialista em assuntos éticos. Estes comités definiam se os casos reportados cumpriam ou não os critérios de “legalidade” em vigor e aconselhavam o ministério público a acusar ou não o médico em causa.¹⁴ Com isto tentou-se que os médicos se sentissem mais seguros com a notificação da eutanásia, já que antes de chegar ao MP o seu caso era revisto por uma equipa que incluía um colega de profissão.

Segundo o estudo já referido de Van der Wal e Van Der Mass, entre 1991 e 1995 existiram 6324 casos reportados de eutanásia, dos quais resultaram apenas 13 acusações.¹⁶ Estes dados são demonstrativos da realidade jurídica que se verificava na Holanda em relação à eutanásia.

Só em Abril de 2001 o parlamento holandês aprovou a legalização da eutanásia, fazendo da Holanda o primeiro país do Mundo a legalizá-la. A lei entrou em vigor um ano depois, em Abril de 2002, quando foi aprovada pelo senado holandês.¹⁷ Os médicos estão “a salvo” de acusação se cumprirem duas condições: primeiro devem cumprir os requisitos de boa prática estipulados na lei e em segundo lugar têm de notificar a morte ao departamento de medicina legal. Os “requisitos de boa prática” são:

1. O pedido do doente deve ser voluntário e bem considerado;
2. O sofrimento do doente deve ser insuportável e não ter perspectiva de resolução;
3. O doente deve estar informado da sua situação clínica e prognóstico;
4. Não devem haver alternativas razoáveis;
5. Deve-se consultar um outro médico, independente;
6. O acto deve ser praticado com a devida atenção e cuidado médico.¹⁸

É importante destacar que não é referido na lei que o sofrimento deve ser físico, nem que a doença que está na origem desse sofrimento deve estar em fase terminal. Nesta lei surge ainda o artigo 2.2, que se refere a doentes incompetentes, que deixaram, enquanto competentes, directrizes avançadas de vida requisitando a eutanásia sob determinadas circunstâncias. O seu pedido pode ser executado se forem cumpridos, dentro do possível, os outros critérios atrás referidos. Este artigo pretende cobrir principalmente os doentes com demência que ficam incompetentes. Logicamente suscitou debate, tanto a nível da consistência e incompatibilidade entre um doente ser incompatível e cumprir ao mesmo tempo os critérios, como também a nível da sua justificação ética.¹⁹ Em relação aos menores, a lei prevê que eles possam requisitar a eutanásia a partir dos 12 anos, mas precisam do consentimento dos pais ou “equivalentes” legais até aos 16. Com 16 e 17 anos, não precisam do consentimento por princípio, mas os pais ou “equivalentes” têm de estar envolvidos no processo de decisão.²⁰

Em relação ao suicídio medicamente assistido, apesar da sua história ser diferente, a lei holandesa geralmente não o diferencia da eutanásia.¹⁰ Basicamente o que justifica a prática de eutanásia, justificará também a prática de suicídio medicamente assistido e vice versa, sendo que o que poderá ser considerado má prática ou criminoso é comum a ambos.

No fundo, a lei da eutanásia aprovada em 2001 só veio formalizar a legalização de uma prática que já era comum e legalmente permitida. A maior mudança foi que, após a lei entrar em vigor, os comités de revisão regionais de que falei anteriormente só tinham de dar conhecimento dos casos de eutanásia analisados ao ministério público, se estes não cumprissem os critérios de boa prática¹⁴, o que tinha como objectivo aumentar a *compliance* na notificação. Aliás, um dos grandes objectivos do governo holandês com a legalização da eutanásia e suicídio medicamente assistido foi precisamente tornar claro para os médicos que a prática de eutanásia é legal, para que estes não se sintam inibidos em notificar os casos em que a

praticavam. E a razão pela qual a notificação parece ser chave neste processo de legalização é porque o governo acreditava claramente que encorajando-a, aumentaria a transparência associada à eutanásia e assim a sua monitorização²¹ o que, à partida, constituiria uma defesa para um possível *slippery slope*.

A prática de Eutanásia na Holanda nos últimos 25 anos

Em 1989 o governo holandês que tomou posse nesse mesmo ano, decidiu que para poder tomar uma decisão em relação à legalização da eutanásia, era necessário recolher informação, dados, factos práticos sobre a prática da eutanásia e outras decisões médicas de fim de vida (abstenção de medidas de suporte de vida; sedação profunda; etc) na Holanda. Por isso, formou-se um comité que ficou conhecido como “Comité de Rummelink”, para fornecer essa informação, que integrou o Prof. Dr. Paul J. Van der Maas para realizar um estudo nacional sobre a prática de eutanásia e outras acções médicas de fim de vida.²² Como já foi dito, em 1990 foi realizado o primeiro estudo, tendo sido publicado em 1991. A partir daí, de 5 em 5 anos, foram feitos estudos semelhantes para a monitorização das práticas médicas de fim de vida e para controlo da proporção de notificação de casos de eutanásia, cujos resultados foram muito importantes para obter uma base de dados empíricos sobre a prática de eutanásia e suicídio medicamente assistido.

No estudo de 1990, 1.7% de todas as mortes na Holanda ocorreram na sequência de um acto de eutanásia. Se a este número acrescentarmos 0.2% de casos de suicídio medicamente assistido ficamos com 1.9% de mortes cuja causa foi assistência médica activa na morte de um doente, a seu pedido. Passando de percentagem para números absolutos, estima-se então que nesse ano tenham ocorrido 2700 mortes como consequência desta prática, das quais apenas 486 foram notificadas (18%). Neste estudo descobriu-se também que nesse ano, na Holanda, aproximadamente 25000 doentes procuraram ter a certeza que o seu médico lhes concederia eutanásia caso estes estivessem sujeitos a grande sofrimento. Destes 25000, apenas cerca de 8900 acabaram efectivamente por fazer um pedido explícito de eutanásia ou suicídio medicamente assistido. Ou seja, menos de dois terços dos pedidos de eutanásia não se concretizaram. Estimou-se também que em 1990, 0.8% (aproximadamente 1000) das

mortes tenham ocorrido através da acção activa do médico, sem o pedido explícito do doente.²² Importa recordar que este primeiro relatório é posterior à criação do primeiro sistema de notificação, o que justifica a baixa percentagem de casos notificados.

No estudo efectuado em 1995, é de salientar desde logo o aumento das abordagens sobre a eutanásia com que os médicos se depararam, de 25000 para cerca de 35000. Este aumento, para os autores, deveu-se principalmente ao aumento da abertura e do debate sobre este tema. Apesar deste aumento, o número de pedidos de eutanásia explícitos foi bastante próximo do de 1990: 9700. Em relação à prática propriamente dita, verificou-se um aumento da percentagem de eutanásia para 2.4% e uma manutenção da percentagem de suicídio medicamente assistido nos 0.2%. Em termos absolutos, a estimativa do número de casos de ambas as práticas em 1995 aumentou para 3600, sendo de salientar também o aumento da percentagem de notificação para mais do dobro em relação ao estudo anterior em 1990: 41% (1466 casos); este aumento de notificação, deve-se principalmente à criação do sistema de notificação descrito anteriormente. Para a interpretação da maior incidência de eutanásia, os autores relembram que a mortalidade na Holanda foi também maior em 5% neste ano, em comparação com 1990 e que houve um aumento da mortalidade por cancro, a principal doença associada aos pedidos de eutanásia. Em relação à “eutanásia não voluntária” que relembro, na Holanda está fora da definição de eutanásia, sendo crime, esta diminuiu, correspondendo em 1995 a 0.7% das mortes.²³

Em 2001, a última vez que o estudo da frequência e características da eutanásia, suicídio medicamente assistido e outras práticas de fim de vida, foi realizado antes da legalização oficial da eutanásia, o número de pedidos explícitos manteve-se estável à volta de 9700. A frequência da eutanásia manteve-se relativamente estável tendo aumentado muito pouco para 2.6%, voltando o suicídio medicamente assistido a manter-se sobreponível aos outros anos nos 0.2%, perfazendo-se assim um total de 3800 casos de eutanásia/suicídio medicamente assistido durante este ano. A percentagem de notificação também voltou a subir, desta vez para 54% (2054). Já a eutanásia sem um pedido explícito manteve-se nos 0.7%.²⁴ P. Van Der Maas et al publicaram um artigo em 2006 relativo a um estudo sobre as

tendências nas substâncias activas utilizadas como agentes de eutanásia, em que concluíram que “em 2001 em 77% dos casos de eutanásia foi utilizado um agente padrão, como barbitúricos, enquanto nos outros 23% foram utilizadas altas doses de opióides. Acontece que, nos casos em que foi utilizado um agente “padrão” houve uma notificação de 71% em 2001 e 73% em 1995, já nos casos em que se utilizaram opióides, a eutanásia foi notificada em 1 e 2% dos casos, respectivamente. Assim a percentagem total de eutanásia notificada aumentou entre 1995 e 2001 (de 44 para 55%), porque aumentou a percentagem de casos em que se utilizou a substância activa standard em vez de opióides”.²⁵

Em 2005 a prática de eutanásia e suicídio medicamente assistido diminuiu para 1.7% e 0.1%, respectivamente, totalizando 2410 mortes causadas por estas práticas. A eutanásia não voluntária seguiu a mesma tendência diminuindo de 0.7 para 0.4%.²⁶ Uma das explicações para esta diminuição de incidências foi a melhoria dos cuidados paliativos, incluindo a sedação profunda contínua no fim de vida, que aumentou de incidência neste ano.²⁷ No relatório de 2005 destaca-se principalmente a subida da percentagem de notificação para 80.2% (1933 casos).²⁶ Neste ano estima-se que foram feitos 8400 pedidos explícitos de eutanásia, tendo portanto sido acedidos 29% dos pedidos.²⁸

No estudo mais recente, realizado em 2010, a tendência verificada de 2001 para 2005 não se verificou, tendo a percentagem de mortes resultantes de eutanásia subido para 2.8%. O suicídio medicamente assistido, pelo contrário, manteve-se nos 0.1%. O número absoluto de mortes como consequência de eutanásia ou suicídio medicamente assistido foi portanto 4050, com 77% dos casos a serem devidamente notificados (3136). É interessante verificar que este aumento de casos de eutanásia não foi acompanhado por um aumento da morte através de assistência médica sem consentimento, pelo contrário, a sua frequência acabou mesmo por descer para 0.2%. Tanto o número de pedidos de eutanásia feitos durante este ano, como a percentagem de pedidos em que foi concedida aumentaram.²⁹ (Não foi especificado o número de pedidos nem a percentagem).

Finalmente, embora não tenha sido publicado mais nenhum estudo sobre frequência da eutanásia até à data, é possível aceder aos relatórios dos comités

regionais de eutanásia na internet, obtendo-se os dados em relação a 2013 (retirados do relatório traduzido para inglês mais recente). Obviamente nestes relatórios apenas temos acesso aos casos reportados. Portanto, em 2013 foram notificados 4829 casos de eutanásia ou suicídio medicamente assistido.³⁰ Ou seja, de 2010 para 2013 foram notificados mais 1693 casos, o que corresponde a um aumento de 53% de casos notificados. Logo, em 2013, só o número de casos notificados superou o número total de casos notificados e não notificados de 2010. Se tivermos em conta que em 2013 houve um total de 141 245 mortes,³¹ estamos perante um total de 3.4% de mortes causadas por eutanásia/suicídio medicamente assistido reportados, o que já representa mais 0.6% que o total de casos, reportados e não reportados, de 2010. Se entrarmos em especulação e considerarmos a percentagem de casos não reportados igual à média de 2010 e de 2005, ou seja, 78.6 temos que o total de casos, reportados e não reportados, é aproximadamente 6143, o que elevaria a percentagem de mortes causadas por eutanásia para um valor a rondar 4,3%.

Slippery Slope

Um dos contra argumentos mais frequentes em relação à eutanásia é o *slippery slope*. Como já foi dito na definição de conceitos, este argumento aplicado à eutanásia materializa-se em várias possibilidades de “descida” no plano inclinado: 1. A eutanásia voluntária “derrapar” para a não voluntária e, até para a involuntária; 2. Grupo mais vulneráveis - idosos, pobres, etnias minoritárias - serem pressionados a recorrer a esta prática;

Em relação à primeira possibilidade, após o primeiro estudo de P. Van Delden; G., et al. sobre a incidência e características da prática de eutanásia na Holanda, foram vários os autores que “utilizaram” os casos de eutanásia não voluntária aferidos como base empírica do *slippery slope*. John I Fleming, director de um instituto de bioética de África do Sul, num artigo publicado em 1992, disse mesmo que “os resultados apresentados no relatório da pesquisa sobre a eutanásia na Holanda constituem uma ampla prova do *slipperiest of slopes*”.³² Os Prof. Drs Henk ten Have e Jon V. M. Wylie, para além de demonstrarem também preocupação com o número de casos de eutanásia não voluntária no ano do estudo (aproximadamente 1000) foram mais longe

e associaram ao estudo um viés político. Acusaram o comité de Remmelink e os autores Paul Van der Maas et. al de tentarem dissimular qualquer razão que pudesse levantar a apreensão em relação à prática da eutanásia, através da restrita definição do termo “eutanásia” que deixou muitos casos equivalentes de fora para baixar a incidência apresentada.³³ Os autores do estudo, Paul Van Delden et al., num artigo escrito para responder às críticas negativas da sua interpretação dos dados chamado “Dances with the data”, dizem que “para demonstrar um *slippery slope* é necessário demonstrar que alguma coisa mudou após introduzir determinada prática e, para isso, pelo menos duas investigações (uma antes e outra depois da introdução dessa prática) são necessárias.”³⁴ Acrescentam também que “as acusações de que foram alvo no artigo de H. Have e J. Wylie demonstram falta de argumentos para demonstrar a sua crítica aos resultados e a sua interpretação do estudo”³⁴

Quando saiu o segundo relatório sobre a pesquisa realizada em 1995, foram vários os “pró-eutanásia” que defenderam que o facto da incidência da eutanásia voluntária não ter aumentado demonstrava que, pelo menos em relação a esta formulação, o argumento do *slippery slope* não era suportado empiricamente. A Prof. Marcia Angell, da Universidade de Boston, em 1996, escreve, num artigo publicado no NEJM, que “a Holanda não parece estar num *slippery slope* já que a prática de eutanásia em 1995 não foi muito diferente da de 1990 (...) A incidência do fim de vida sem pedido explícito do doente até diminuiu ligeiramente. Assim é muito difícil encaixar estes resultados numa descida no plano inclinado.”³⁵ Van Delden constata em 1999 que “não se sabe qual era o número de casos de eutanásia não voluntária antes da Holanda ter assumido uma política permissiva em relação a este assunto, logo, é impossível verificar se a eutanásia não voluntária ocorreu mais ou menos frequentemente após ter começado a ser descriminalizada e iniciado o processo de legislação. O que se sabe é que em 1991 e 1996, a incidência de eutanásia não voluntária não aumentou. (...) logo não se verificou, durante 5 anos de abertura à prática de eutanásia, a confirmação empírica do argumento *slippery slope*.”³⁶ John Griffiths, autor do livro “Euthanasia and Law in the Netherlands”, já referido anteriormente nesta tese, corrobora a opinião de Van Delden: “No fim de contas, um observador razoável tem de concluir que não há evidência substancial que a

frequência da eutanásia não voluntária tenha aumentado”. Faz ainda uma crítica ao argumento do *slippery slope* aplicado à Holanda: “Assume-se que há uma tendência para um maior desleixo e atitude de relaxamento legal a nível do controlo do comportamento médico (em relação à eutanásia), quando o que realmente está a acontecer é um grande aumento do controlo”.³⁷ Para o Dr. H. Joechemsen e o Dr. J. Keown este segundo estudo indica que, em menos de uma década, os holandeses desceram no plano inclinado. Num artigo publicado em 1999 defendem que é errado considerar que as semelhanças entre a incidência de eutanásia não voluntária de 1991 e 1995 indicam que não ocorreu a descida no *slippery slope*. Segundo estes autores o segundo estudo mais do que demonstrar que houve uma diminuição entre 1984 e 1995, mostra apenas que não houve um aumento da prática de eutanásia não voluntária. O que não “abona” a favor da prática de eutanásia³⁸ Em 2006 foi feito um estudo de J. A. C. Rietjens et al em que se fez uma revisão e uma análise da prática de eutanásia não voluntária na Holanda até 2001, no qual se concluiu que, face à estabilização da incidência desta prática entre 1990 e 2001 à volta dos 0.7%, não se pode aferir que com a permissão da eutanásia se verificou um aumento da aprovação e aceitação da morte medicamente assistida sem pedido e/ou consentimento explícito.³⁹ O argumento do *slippery slope*, segundo vários autores, implica a assunção de que a incidência da eutanásia não voluntária é maior na Holanda do que em países em que a eutanásia não é permitida.⁴⁰ Relativamente a esta constatação verifica-se que, por exemplo, na Bélgica em 1998 (3.2%)⁴¹ e 2001 (1.5%)⁴² e na Austrália em 1997 (3.5%),⁴³ a incidência foi superior do que na Holanda. Por outro lado, na Dinamarca, Itália, Suécia e Suíça em 2001, num estudo chamado EURELD, em que se avaliou a incidência da eutanásia não voluntária em 6 países europeus (estes 4, a Holanda e a Bélgica), a incidência foi inferior: 0.7%, 0.1%, 0.2% e 0.4% respectivamente⁴² e no Reino Unido em 2004, também foi inferior.⁴⁴ Apesar do facto de se ter constatado que, em pelo menos dois países em que a eutanásia não é permitida, houve tantos ou mais casos de eutanásia não voluntária do que na Holanda aparentar ser um forte contra argumento contra o *slippery slope*, vários autores defendem que, a comparação entre países, mesmo tendo os métodos dos estudos sido semelhantes é difícil devido a diferenças culturais, legais e do sistema de saúde.⁴⁵ Não obstante, tendo em conta

estes dados de outros países e observando a posterior evolução da incidência da eutanásia não voluntária, 0.7% em 2001, 0.4% em 2005 e 0.2% em 2010, parece que “aparentemente, a ocorrência de eutanásia não voluntária é, pelo menos, independente da tolerância da prática de eutanásia e pode até ser possível que uma política aberta e liberal esteja associada a uma diminuição desta prática”.⁴⁶

Relativamente ao ponto 2, ou seja, à forma do argumento *slippery slope* que assume que com a generalização da prática de eutanásia haverá uma maior tendência para “empurrar” doentes de grupos mais vulneráveis para uma morte precoce, foi feito um estudo, publicado em 2007 (M. Battin et. al), em que se examinou os dados disponíveis em relação ao suicídio medicamente assistido e eutanásia na Holanda (e também o suicídio medicamente assistido no Oregon) para determinar se existia evidência de uma maior incidência destas práticas em grupos vulneráveis. O que se concluiu nesse estudo, em relação à Holanda, foi que a percentagem de casos de eutanásia em pessoas mais idosas (mais de 80 anos) foi bastante inferior à de pessoas com menos de 65 anos; para além disso, os dados sugeriam que as pessoas que recebiam a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido tinham níveis de educação mais altos, pertencendo mais frequentemente à classe média e alta. Ainda neste estudo, não se encontraram casos em que o doente tinha alguma debilidade mental ou física, nem nenhuma doença concomitante terminal ou de muito mau prognóstico. Em relação aos grupos étnicos minoritários, a estatística sobre mortalidade na Holanda não inclui raça ou etnia, pelo que não foi possível avaliar. Pesando estes resultados, os autores concluem que não há suporte factual para este argumento *slippery slope*.¹² É interessante verificar que embora aparentemente a morte medicamente assistida na Holanda seja menos frequente em pessoas idosas, com mais de 80 anos, o que aliás está documentado nos 5 relatórios da incidência de eutanásia na Holanda,^{22,23,24,26,29} no estudo feito em 2001 por J. A. C. Rietjebns et al. já referido, em que se fez uma revisão e análise dos dados relativamente à morte medicamente assistida não voluntária, concluiu-se que, em 2001 pelo menos, os doentes que mais frequentemente morreram desta forma tinham mais de 80 anos,³⁹ o que me leva a levantar a questão: Será a pressão e o abuso da prática de eutanásia em grupos vulneráveis maior nos casos de eutanásia não voluntária? Seria preciso um estudo que

avaliasse a prática de eutanásia sem consentimento nos grupos vulneráveis? Apesar dos resultados do estudo de M. Battin et al, atrás referido, há um estudo coorte publicado em 1996, que avalia a incidência de eutanásia e suicídio medicamente assistido em homens homossexuais com SIDA diagnosticada entre 1985 e 1992, que morreram todos até 1995. Mesmo tendo em conta que apenas foram estudados 131 casos, a incidência de morte medicamente assistida foi 22%. De 131, 29 morreram através de eutanásia (ou suicídio medicamente assistido). Para os autores, o facto de decorrer muito tempo entre serem informados que são HIV+'s e preencherem os critérios que conduzem ao diagnóstico de SIDA, permite aos doentes informarem-se e assimilarem “quanto” sofrimento estão dispostos a aguentar depois do diagnóstico de SIDA.⁴⁷ Apesar de esta conclusão ser verdade parece-me importante destacar que, efectivamente, parece haver aqui um grupo vulnerável em que a incidência de eutanásia é maior. Em 2012 foi fundada uma clínica na Holanda para facultar a eutanásia a doentes que cumpram os critérios e requisitos legais, mas cujo pedido foi recusado pelo seu médico por este ter os seus próprios critérios morais e a sua própria interpretação, mais estreita, dos requisitos legais ou do conceito de sofrimento incomensurável. Foi feito um estudo durante o primeiro ano em que esta clínica esteve aberta tendo-se verificado a existência de 645 pedidos, dos quais 25.1% foram aceites. Vale a pena destacar, tendo ainda em conta a temática da vulnerabilidade como componente do *slippery slope*, que a maioria dos pedidos aceites (53.7%) e consequentes casos de eutanásia foram de pessoas com mais de 80 anos que se classificam como pertencendo a um grupo vulnerável.⁴⁸ Tanto a criação da clínica para “oferta” de eutanásia, como esta aparente preferência por doentes mais idosos levanta preocupações e parece reforçar o argumento *slippery slope*.⁴⁹

Outra forma de formular o argumento *slippery slope* é apresentada por J. Pereira, um médico especialista em cuidados paliativos do Canadá, num artigo publicado em 2011. Neste artigo defende que “ao longo dos anos tem-se demonstrado que as medidas e guidelines de controlo da prática não são efectivas e, por isso, muitas pessoas estão a morrer através de eutanásia e suicídio medicamente assistido erroneamente. Sendo de preocupar também que as aparentes transgressões às leis não se materializam em acusações, tendo a tolerância da lei aumentado”.⁵⁰ Ou seja,

parece estar a haver um *slippery slope* ao nível da tolerância da lei face à prática da eutanásia, que começa logo com a promulgação da própria lei. Por exemplo, na lei promulgada em 2001 permitiu-se a criação de directrizes avançadas de vida, permitindo um doente incompetente ser sujeito a eutanásia mesmo estando, naquele momento, incapacitado de fazer um pedido explícito. Outro exemplo dado por J. Pereira dos deslizes no plano inclinado a nível da lei é que “até 2001, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido só eram permitidos a maiores de 18 anos. No entanto, a lei de 2001 permite eutanásia em crianças entre os 12 e os 16, a seu pedido, com o consentimentos dos pais, mesmo sabendo que esta faixa etária habitualmente não é considerada apta para fazer este tipo de decisões”⁵⁰

Conclusão

À partida, parece que a formulação do argumento *slippery slope* mais “clássica”, que prevê que com a legalização da eutanásia voluntária ocorrerá uma derrapagem para a prática da eutanásia não voluntária, não é suportada pelos dados apresentados. De facto, o que se verificou foi uma diminuição da percentagem de mortes que ocorreram com esta prática nos dois estudos de incidência “pós legalização”. Mas esta diminuição, pelo menos a inicial, deve também ser interpretada à luz do acréscimo da liberdade na prática de eutanásia, conferido pela promulgação da lei quando esta teve na sua composição um artigo que permitia directrizes avançadas de vida para eutanásia activa. Ao permitir esta nuance, acabou por se permitir que alguns casos que anteriormente à lei seriam considerados eutanásia não voluntária fossem “desviados” para a categoria de eutanásia “legal”. De qualquer forma, a percentagem da eutanásia não voluntária continuou a descer e, para além disso, nunca aumentou depois da descriminalização e legislação.

Talvez mais importante do que focar no duo eutanásia voluntária/não voluntária é focar no aumento real que se tem verificado nos últimos anos na prática de eutanásia “regular”. Independentemente de a eutanásia estar a ser ou não administrada a pessoas incompetentes, sem o seu aval, ou a grupos vulneráveis, a sua prática está a aumentar e a pergunta é: porquê? Será o resultado de uma maior abertura dos médicos em aceitar pedidos de eutanásia? Se sim, será esta abertura uma

consequência da maior discussão, maior à vontade, menor estigma e tabu em relação à eutanásia? Podemos até assumir que os médicos das gerações mais recentes foram já educados e treinados nas universidades de medicina da Holanda em comunhão com a permissão e legalidade total da eutanásia, o que inevitavelmente leva a que lhes seja mais coerente, mais fácil, menos constrangedor aceitar um pedido de morte medicamente assistida. Ou, por outro lado, pode estar a acontecer um *slippery slope* num dos critérios que permite que o acto de eutanásia seja legal: talvez o limiar de sofrimento considerado insuportável esteja a diminuir. O conceito de sofrimento insuportável está, aliás, carregado de uma subjectividade bastante considerável, principalmente se tivermos em conta que não é obrigatório que este sofrimento seja físico, apesar de até certo ponto a necessidade do parecer de um segundo médico permitir reduzir alguma dessa subjectividade. A criação de uma clínica com o intuito de providenciar eutanásia é outra situação que pode ser interpretada de várias formas: Constitui um abuso dentro da lei, uma espécie de *slippery slope* legal? Ou é apenas uma forma de todos poderem ter a oportunidade de lhes ver reconhecido o direito à morte? Finalmente, este aumento da prática de morte assistida deve ser lida como uma generalização justa e necessária da liberdade individual a mais indivíduos? Ou antes como um abuso erróneo da liberdade conferida pela legislação?

Em relação a Portugal, segundo um estudo da EUROSONDAGEM para o Expresso, 67,4% da população portuguesa defende a legalização da eutanásia, com apenas 22,1% contra. O debate da morte assistida em Portugal é real e a possibilidade da ser legalizada também, como eutanásia activa e/ou como suicídio medicamente assistido. Mas, para que este debate ocorra numa plataforma de entendimento entre todos os intervenientes activos (que participam no debate) e passivos (que assistem ao debate), deve haver em primeiro lugar uma definição clara dos diversos termos utilizados e dos diversos tipos de morte assistida e eutanásia, devendo também desenhar e clarificar fronteiras entre os diversos tipos de eutanásia. Com isto quero dizer que o processo de legislação, a acontecer, não deve ser demasiado rápido em virtude de prazos relacionados com a agenda política ou com a duração dos mandatos dos diversos órgãos políticos. Na Holanda, o debate durou muitos anos e passou por um primeiro processo mais primitivo de definição clara dos conceitos e debate ético,

seguindo-se uma descriminalização e só mais tarde, já depois de criada uma plataforma de notificação e controlo desta prática e de serem postos em curso estudos que permitissem perceber a realidade da eutanásia neste país, é que a lei foi promulgada. Em Portugal, o processo de debate deve-se sustentar então, em primeiro lugar num esclarecimento da população sobre a eutanásia, muito antes de nos começarmos a pronunciar, muitos antes de passar a um eventual referendo ou até mesmo a uma eventual legalização sem referendo. Portugal tem a vantagem de ter já algum material empírico para estudar através da análise do que tem sido a realidade da morte assistida em países em que esta já foi regularizada e deve recorrer a esta vantagem, devendo os dados a que tive acesso, nesta tese por exemplo, ser usados e esmiuçados no debate.

Bibliografia

- ¹ HIPOCRATIS OPERA VERA ET ADSCRIPTA Tomus Quartus, pág: 197-198-199, Lausanne MDCCLXXI in <https://www.ordemosmedicos.pt/>
- ² Hope, R. A. "Euthanasia: Good Medical Practice, or Murder?" *Medical Ethics a Very Short Introduction*. Oxford: Oxford UP, 2004. 11.
- ³ Singer, Peter. "Taking Life: Humans." *Practical Ethics*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge UP, 1993. 175,176.
- ⁴ McMahan, Jeff. "Euthanasia and Assisted Suicide." *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. New York: Oxford UP, 2002. 456.
- ⁵ Sugarman, David B. "Active Versus Passive Euthanasia: An Attributional Analysis." *J Appl Social Psych Journal of Applied Social Psychology* 16.1 (1986): 60-76. Blackwell Publishing Ltd.
- ⁶ Rachels, James. "Active And Passive Euthanasia." *New England Journal of Medicine* 292.2 (1975): 78-80.
- ⁷ Devettere, Raymond J. "Euthanasia and Physician-Assisted Suicide." *Practical Decision Making in Health Care Ethics Cases and Concepts*. 3rd ed. Washington, D.C.: Georgetown UP, 2010. 330.
- ⁸ Otlowski, M. (1997). *Voluntary euthanasia and the common law*. Oxford University Press
- ⁹ Leenen, H. J. J. (1984). The definition of euthanasia. *Medicine and law*, 3(4), 333-378.
- ¹⁰ Griffiths, John, and Heleen Weyers. "Introduction" *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Pub., 2008. 2.
- ¹¹ Keown, J. (2002). *Euthanasia, ethics, and public policy an argument against legalisation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ¹² Battin, M. P., Van der Heide, A., Ganzini, L., Van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). *Legal physician-assisted dying in Oregon and the*

Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. *Journal of medical ethics*, 33(10), 591-597.

¹³ Griffiths, John, and Alex Bood. "Legal Change 1945-1997." *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam UP, 1998.

¹⁴ Rietjens, Judith A. C., Paul J. Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. Delden, and Agnes Heide. "Two Decades Of Research On Euthanasia From The Netherlands. What Have We Learnt And What Questions Remain?" *Journal of Bioethical Inquiry* 6 (2009): 271-83.

¹⁵ The Royal Dutch Medical Association (KNMG). (n.d.). Acedido 7/12/15, através, <http://www.knmg.nl/Over-KNMG/About-KNMG.htm>

¹⁶ van der Maas, P., et al. (1996). Evaluation of the Notification Procedure for Physician-Assisted Death in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 335(22), pp.1706-1712.

¹⁷ Almagor, Raphael. "The Practice of Euthanasia and the Legal Framework." *Euthanasia in the Netherlands the Policy and Practice of Mercy Killing*. Dordrecht: Kluwer Academic, 2004.

¹⁸ Buiting, H. M., Gevers, J. K. M., Rietjens, J. A. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van Der Maas, P. J., van der Heide, A., & van Delden, J. J. M. (2008). Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective. *Journal of medical ethics*, 34(9), e12-e12.)

¹⁹ van Delden, J. J. (2004). The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 447-451.

²⁰ Contents - Euthanasia." *Www.government.nl*. N.p., acedido 22 Dec. 2015, através, <https://www.government.nl/topics/euthanasia/contents/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

²¹ Haan, J. De. "The New Dutch Law on Euthanasia." *Medical Law Review* (2002): 57-75.

²² Van Der Maas, P., M. Van Delden, L. Pijnenborg, and C. W. N. Looman. "Euthanasia And Other Medical Decisions Concerning The End Of Life." *The Lancet* (1991): 669-74

- ²³ Van Der Maas, P., et al. "Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, And Other Medical Practices Involving The End Of Life In The Netherlands, 1990–1995." *New England Journal of Medicine* (1996): 1699-705
- ²⁴ Onwuteaka-Philipsen, B., et al. "Euthanasia And Other End-of-life Decisions In The Netherlands In 1990, 1995, And 2001." *The Lancet* (2003): 395-99
- ²⁵ Philipsen, B. D., van der Heide, A., van der Wal, G., & van der Maas, P. J. (2006). [Trends in the agents used for euthanasia and the relationship with the number of notifications]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 150(11), 618-624.
- ²⁶ Van Der Heide, A., et al. "End-of-Life Practices In The Netherlands Under The Euthanasia Act." *New England Journal of Medicine* (2007): 1957-965.
- ²⁷ van Alphen, J. E., Donker, G. A., & Marquet, R. L. (2010). Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act. *British Journal of General Practice*, 60(573), 263-267.
- ²⁸ Pasman, H. R. W., Rurup, M. L., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2009). Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ*, 339.
- ²⁹ Onwuteaka-Philipsen, B., et al. "Trends in End-of-life Practices before and after the Enactment of the Euthanasia Law in the Netherlands from 1990 to 2010: A Repeated Cross-sectional Survey." *The Lancet* (2012): 908-15.
- ³⁰ Anon, (2015). [online] Disponivel em: https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Annual%20report%202013_tcm52-41743.pdf [Acedido 12 Dec. 2015].
- ³¹ CBS StatLine. Acedido Dezembro 23, 2015, de [http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLLEN&PA=37979ENG&D1=0&D2=0,10,20,30,40,50,\(1-2\)-l&LA=EN&VW=T](http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLLEN&PA=37979ENG&D1=0&D2=0,10,20,30,40,50,(1-2)-l&LA=EN&VW=T)
- ³² Fleming, J. I. (1992). Euthanasia, the Netherlands, and Slippery Slopes. *Bioethics Research Notes*.
- ³³ Have, H. A., & Welie, J. V. (1992). Euthanasia: normal medical practice?. *Hastings Center Report*, 22(2), 34-38.
- ³⁴ Delden, Johannes J. M. Van, Loes Pijnenborg, and Paul J. Van Der Maas. "Reports from The Netherlands. DANCES WITH DATA." *Bioethics*: 323-29.

- ³⁵Angell, M. (1996). Euthanasia in the Netherlands—good news or bad?. *New England Journal of Medicine*, 335(22), 1676-1678
- ³⁶ Van Delden, J. J. (1999). Slippery slopes in flat countries--a response. *Journal of medical ethics*, 25(1), 22-24.
- ³⁷ Griffiths, J. (1998). The slippery slope: Are the Dutch sliding down or are they clambering up?. In *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia* (pp. 93-104). Springer Netherlands.
- ³⁸ Jochemsen, H., & Keown, J. (1999). Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from The Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 25(1), 16-21.
- ³⁹ Rietjens, J. A., Bilsen, J., Fischer, S., Heide, A. V. D., Maas, P. J. V. D., Miccinesi, G., ... & Wal, G. V. D. (2007). Using drugs to end life without an explicit request of the patient. *Death studies*, 31(3), 205-221.
- ⁴⁰ Downie, J. (2000). The Contested Lessons of Euthanasia in the Netherlands.
- ⁴¹ Deliens, L., Mortier, F., Bilsen, J., Cosyns, M., Vander Stichele, R., Vanoverloop, J., & Ingels, K. (2000). End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*, 356(9244), 1806-1811.
- ⁴² Van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., ... & van der Maas, P. J. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, 362(9381), 345-350.
- ⁴³ (Kuhse, H., Singer, P., Baume, P., Clark, M., & Rickard, M. (1997). End-of-life decisions in Australian medical practice. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 191-196.)
- ⁴⁴ Seale, C. (2006). National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliative Medicine*, 20(1), 3-10.
- ⁴⁵ Lewis, P. (2007). The Empirical Slippery Slope from Voluntary to Non-Voluntary Euthanasia. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 197-210.
- ⁴⁶ van Delden, J. J., & Battin, M. P. (2008). Euthanasia: Not just for rich countries. *Global bioethics*.
- ⁴⁷ Bindels, P. J. E., Krol, A., van Ameijden, E., Mulder-Folkerts, D. K. F., Van den Hoek, J. A. R., Van Griensven, G. P. J., & Coutinho, R. A. (1996). Euthanasia and

physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS. *The Lancet*, 347(9000), 499-504.

⁴⁸ Snijdewind, M. C., Willems, D. L., Deliëns, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Chambaere, K. (2015). A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. *JAMA internal medicine*, 175(10), 1633-1640.

⁴⁹ Lerner, B. H., & Caplan, A. L. (2015). Euthanasia in Belgium and the Netherlands: On a Slippery Slope?. *JAMA internal medicine*, 175(10), 1640-1641.

⁵⁰ Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Current Oncology*, 18(2), e38.